**ГОУ ВПО МЗ РФ Алтайский государственный медицинский университет**

**Кафедра госпитальной и поликлинической терапии**

Зав. кафедрой: профессор Лычев В.Г.

Преподаватель: к.м.н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Куратор: студ.625 гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Клиническая история болезни**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. г.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. ХСН 1 стадии, 1 ф.к. КИМ 0.9. Гиперхолестеринемия . Ожирение 2Б степени (ИМТ 35,8).

Барнаул 2008г.

**Паспортная часть**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления: 05.05.08.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. ХСН 1 стадии, 1 ф.к.. КИМ 0.9. Гиперхолестеринемия. Ожирение 2Б степени (ИМТ 35,8).

**Жалобы**

На головные боли, колющие боли в левой половине грудной клетки на уровне 5-6 межреберья, возникающие при наклоне туловища.

**Аnamnesis morbi**

Больным считает себя в течение 5 лет, самое высокое АД-190/80 мм.рт.ст. Не обследовался, не лечился.

14.04.08.выполнял тяжелую физическую работу, отмечает переохлаждение.

16.04.08. утром почувствовал боли под лопатками, которые усиливались при кашле, глубоком вдохе. Обратился к участковому терапевту, при измерении АД 170/100 мм.рт.ст., госпитализирован 16.04.08. в терапевтическое отделение ЦРБ с диагнозом: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 4. Какие лекарства принимал, не помнит. Госпитализирован в Кардиологический центр с целью уточнения диагноза.

**Аnamnesis vitae**

Рос и развивался в нормальных бытовых и социальных условиях. Работает трактористом. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Операций не было. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. Алкоголем не злоупотребляет. Курит с 12 лет по 10 сигарет в день. Наследственный анамнез не отягощен.

**Status praesens communis**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, во времени, личности и в пространстве ориентирован. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, тургор и эластичность сохранены, t=36.6 С. Подкожно –жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, нормальной консистенции, не спаяны. Щитовидная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции. Отеков, пастозности нет. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Рост 167 см, вес 100кг., ИМТ 35,8 кг/м2.

Мышцы умеренно развиты, нормального тонуса, безболезненны при пальпации. Патологических уплотнений не определяется.

Деформаций костей нет. Болезненности при пальпации поясничного отдела позвоночника не отмечается. Конфигурация суставов правильная, припухлости и покраснений нет, при пальпации безболезненны.

Органы дыхания. Грудная клетка развита правильно, симметричная, подвижность не ограничена, пальпация безболезненна. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхании. При перкуссии ясный легочной звук по всем полям. При аускультации в парных точках дыхание везикулярное, хрипов нет, ритм правильный. Тип дыхания брюшной. ЧД = 18 в минуту.

**Сердечно – сосудистая система**

Сердечный горб отсутствует, ограниченные выпячивания грудной клетки в других участках сердечной области отсутствуют. Верхушечный и сердечный толчки визуально не определяются. ,,Пляска каротид“, пульсация шейных вен в яремной ямке, эпигастральная пульсация, пульс Квинке не определяются.

Пальпаторно верхушечный толчок располагается на 1 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье, шириной 2 см , высокий , усиленный. Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется. Пульс на обеих руках синхронный, ритмичный, полный. Дефицит пульса не определяется. ЧСС=71 уд в мин., АД на обеих руках 120/70 мм.рт.мт. (на фоне приема лекарственных препаратов).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы сердца | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | По левому краю грудины в  4 м/р |
| Левая | По левой среднеключичной линии в 5 м/р | На 0.5 см кнутри от левой границы относительной тупости |
| Верхняя | 3 м/р | 4 м/р по левой парастернальной линии. |

Ширина сосудистого пучка (во 2 межреберье) 3 см. При аускультации тоны сердца приглушены, мягкий, систолический шум в точке Боткина-Эрба.

Органы пищеварения. Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета. Язык влажный, чистый. Десны не разрыхлены, мягкое и твердое небо без патологии. Зев и миндалины без налета и гнойных пробок. Акт глотания не нарушен.

Живот нормальной окраски, округлой формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Температура и влажность кожи на симметричных участках одинаковы. При пальпации живот безболезненный, мягкий. Подкожно - жировая клетчатка равномерно распределена, одинаково собирается в складку, очагов уплотнения не обнаружено. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. Грыжевого выпячивания по белой линии живота не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Печень при пальпации имеет гладкую поверхность, плотную консистенцию, край ровный, закруглён, безболезненный, выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Желчный пузырь и селезёнка не пальпируются. Границы печени по Курлову 9\*8\*7 см. Размер селезёнки по Курлову 6\*8 см.

Органы мочевыделения. При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, отечности кожи, выпячивания в надлобковой области не наблюдается Почки в положении стоя по Боткину, в горизонтальном, на правом и левом боку не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Диурез в норме.

Нервная система. Координация движений не нарушена. Зрачковые рефлексы сохранены. Тремор рук, век, языка отсутствует.

**План ведения**

1.Лабораторные методы исследования.

-общий анализ крови

-общий анализ мочи

-биохимический анализ крови

-кровь на RW

-глюкоза крови

2.Инструментальные исследования:

-ЭКГ

-ЭХОКГ

-Консультация окулиста для оценки глазного дна

-Консультация невролога

-Велоэргометрия

-Дуплексное сканирование магистральных артерий шеи

**Результаты дополнительных методов обследования**

1.Общий анализ крови: Нв -156 г/ л, СОЭ -3 мм /ч , лейкоциты -4.5\*10^9/ л , с /я-49, п/я -о, L-44, м-5, э-1.

2.Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачная, плотность 1018, белок отриц., лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий 4 в поле зрения.

3. Биохимический анализ крови:

Билирубин общий-12,0 мкмоль/л

Билирубин прямой 2,4 мкмоль/л

Билирубин не прямой 9,6 мкмоль/л

Холестерин – 7.3 мм/л

Натрий – 141

Калий – 4.7

Креатинин 100

4.Глюкоза крови 5.3 ммоль\л

5.ЭКГ: Синусовый ритм. ЧСС=71 уд. в мин. ЭОС не отклонена. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Нагрузка на предсердие.

6.ЭХОКГ

Рост 167, вес 100, площадь тела 2,08 кв.м.

ЛП 46

ЛЖ: КДР 50,0 КСР 30,0

ФВ по Тейхольцу 70,40

УО (мл) =83,24

ФУ (%) =40,0

Митральный клапан:

Степень регургитации на митральный клапан: минимальная

Аортальный клапан

АК: изменен

Створки: утолщены

Открытие АК: свободное

Степень регургитации на АК на определяется

Основание аорты на уровнесинусов Вальсальвы: 32

ПП: не увеличено

ПЖ: 13

Легочной клапан: не изменен

Легочная артерия не расширена

Трикуспидальный клапан: не измене

Степень регургитации на трикуспидальный клапан: минимальная

Градиент регургитации 23

Давление в ПП 5

Систолическое давление в ПЖ 28

Толщина МЖП в диастолу 14

Толщина ЗСЛЖ в диастолу 13

Заключение: Атеросклероз АО. Склеротические изменения аортальных створок без нарушения функции. Умеренное увеличение ЛП. Концентрический тип гипертрофии ЛЖ.

Минимальная относительная митральная регургитация.

7.Велоэргометрия.

Вид пробы – субмаксимальный тест.

Цель пробы – определение толерантности к физической нагрузке, определение типа гемодинамики.

Препарат-ингибитор АПФ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Исходное состояние.  Мощн. нагрузки | ЧСС | АД | Болевой синдром.  Ангинозный | Атипичный | Изм.  сегм. | Нарушение  ритма  проводим. |
| 25 | Исходное  Нагрузка |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Исходное  Нагрузка | 82  91 | 130/80  140/100 |  |  |  |  |
| 75 | Исходное  Нагрузка |  |  |  |  |  |  |
| 100 | Исходное  Нагрузка | 109 | 160/85 |  |  |  |  |
| 150 | Исходное  Нагрузка | 125 | 170/85 |  |  |  |  |
| 200 | Исходное  Нагрузка | 142 | 190/90 |  |  |  |  |
| 1 | Отдыха | 121 | 140/80 |  |  |  |  |
| 3 | Отдыха | 103 | 130/80 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Субмкс.  ЧСС  156 | Дстигн.  ЧСС 142 | Хронотропн.  резерв  60 | Инотропн.  Резерв  60 | Двойн.  произв.  270 | Должн.  порог.  мощн.  150 | Прод.  Депресс  (подъем  Т) | Дост.  порог.  мощн.  200 |

1. Причины прекращения пробы: физическая усталость, редкие желудочковые экстрасистолии.

2. Тест неполный.

3. Функциональный класс больных у ИБС:

4. Толерантность к физической нагрузке: высокая

5.Тип гемодинамики: гипертонический

8. Дуплексное сканирование магистральных артерий шеи.

Признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий (КИМ 0,9 утолщен в ОСА с обеих сторон, преимущественно, слева. Асимметрия кровотока по ПА (34%)-на интракраниальном уровне.

9. Глазное дно.

ДЗН бледно-розовый с четкими контурами. Артерии склерозированы, сужены умеренно, вены темные.

Закл.: Гипертрофическая ангиопатия 1, ангиосклероз.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб на головные боли, колющие боли в левой половине грудной клетки на уровне 5-6 межреберья, возникающие при наклоне туловища можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система. Из анамнеза болезни следует, что болен 5 лет, т.е. процесс хронический. Из анамнеза жизни - наследственность не отягощена.

При объективном обследовании:

Рост 167 см, вес 100 кг, ИМТ=35,8, что соответствует ожирению 2 Б степени.

Тоны сердца приглушены, мягкий, систолический шум в точке Боткина-Эрба – поражение органа – мишени.

На основании лабораторных методов обследования:

Холестерин – 7.3 мм/л, что говорит о гиперхолестеринемии.

На основании дополнительных методов обследования:

ЭКГ-гипертрофия левого желудочка; ЭхоКГ-Атеросклероз АО. Склеротические изменения аортальных створок без нарушения функции. Умеренное увеличение ЛП. Концентрический тип гипертрофии ЛЖ.- свидетельствует о поражении органа-мишени;

Дуплексное сканирование магистральных артерий шеи - признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий (КИМ 0,9 утолщен в ОСА с обеих сторон, преимущественно, слева). Асимметрия кровотока по ПА (34%)-на интракраниальном уровне – признаки поражения стенки артерий.

Повышение АД до 170/100 мм.рт.ст говорит о Гипертонической болезни 2 степени, ГЛЖ указывает на 2 стадию заболевания; наличие ГЛЖ, гиперхолестеринемии, курения, ожирения 2Б степени, КИМ 0,9 указывает на очень высокий риск.

Так как характерна бессимптомная дисфункция сердца, заболевание не приводит к ограничению физической нагрузки, обычная физическая нагрузка не приводит к появлению одышки, утомления, слабости - ХСН 1 стадии, 1 ф.к.

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени, риск 4. Гипертрофия левого желудочка. ХСН 1 стадии, 1 ф.к. КИМ 0.9. Гиперхолестеринемия. Ожирение 2Б степени (ИМТ 35,8).

**Лечение**

1.Диета с ограничением жиров, поваренной соли до 2г/сут. Стол №10.

2.Нормализация труда и отдыха с достаточным ночным сном.

3.Физиолечение. Гальванизация, лекарственный электрофорез, электросон, синусоидальные модулированные поля дециметровых волн. Большинство из используемых методов оказывает седативное действие, обусловленное изменениями эфферентной импульсации.

4. Медикаментозное лечение.

-Ингибиторы АПФ ингибируют ангиотензин - превращающий фермент, тем самым уменьшается содержание ангиотензина 2, снижается тонус адренергической иннервации (снижается тонус периферических сосудов и АД).

Риниприл 2,5 мг-2р/сут утром и вечером.

-Диуретики. Основной принцип действия заключается в угнетающем влиянии на функцию эпителия почечных канальцев. Уменьшается реабсорбция ионов натрия и хлора и соответственно воды.

Гипотиазид 13,5мг -1 р/сут утром.

-Антиагреганты. Аспирин ¼ таб. -1 р/сут утром.

**Список использованной литературы**

1. Российский терапевтический справочник / под ред.А.Г. Чучалина. -М.: ГЭОТАР-Медиа ,2007.

2. Болезни органов кровообращения: Руководство для врачей/ Под ред. Е.И. Чазова.-М.: Медицина,1997

3. Внутренние болезни в вопросах и ответах: Учебное пособие для медицинских вузов/Под ред. Ю.Р. Ковалева.- Спб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004.